UNIVERSITÉ DE BORDEAUX

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE

1947-1948. — N° 133

ÉTUDE

DES

RÉCIDIVES APRÈS LES INTERVENTIONS POUR LES LOMBO-SCIATIQUES

THÈSE POUR LE DOCTORAT EN MÉDECINE

présentée et soutenue publiquement le lundi 12 juillet 1948

PAR

André ROCHE

Ancien Externe des Hôpitaux de Bordeaux

Né à CHEY (Deux-Sèvres), le 28 décembre 1923

Examinateurs de la Thèse

MM. PAPIN, professeur ..... *Président.*

DELMAS-MARSALET, professeur. } *Juges.*

POUYANNE, agrégé ..... } *Juges.*

BERGOUIGNAN, agrégé ..... } *Juges.*

BORDEAUX

IMPRIMERIE LIBRAIRIE DELMAS

6, Place Saint-Christoly, 6

1948

Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA41536518_0057

UNIVERSITÉ DE BORDEAUX

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE

1947-1948. — N° 133

ÉTUDE

DES

RÉCIDIVES APRÈS LES INTERVENTIONS POUR LES LOMBO-SCIATIQUES

THÈSE POUR LE DOCTORAT EN MÉDECINE

présentée et soutenue publiquement le lundi 12 juillet 1948

PAR

André ROCHE

Ancien Externe des Hôpitaux de Bordeaux

Né à CHEY (Deux-Sèvres), le 28 décembre 1923

Examinateurs de la Thèse

MM. PAPIN, professeur ..... *Président.*

DELMAS-MARSALET, professeur. } *Juges.*

POUYANNE, agrégé ..... } *Juges.*

BERGOUIGNAN, agrégé ..... } *Juges.*

BORDEAUX

IMPRIMERIE LIBRAIRIE DELMAS

6, Place Saint-Christoly, 6

1948

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE BORDEAUX

DOYEN : M. DUPÉRIÉ.

ASSESSEUR : M. CHELLE.

PROFESSEURS HONORAIRES :

MM. DENIGÈS, H. MANDOUL, PETGES, GUYOT, ROCHER, LANDE, DUVERGEY, CARLES, LEURET, PERY, LABAT.

PROFESSEURS :

	MM.
Clinique médicale	DUPÉRIÉ.
id.	CREYX.
Clinique chirurg. et gynécol.	CHARRIER.
Clinique chirurgicale	PAPIN.
Clinique d'accouchements	RIVIÈRE.
Anatomie pathol. et microsc. clin.	DE GRAILLY.
Anatomie	VILLEMIN.
Anatomie générale et histologie.	G. DUBREUIL.
Hygiène	PIÉCHAUD.
Médecine légale et déontologie.	DERVILLÉE.
Electroradiol. et clin. d'él. médic.	REBOUL.
Chimie	CHELLE.
Botanique et matière médicale	GOLSE.
Pharmacie	VITTE
Physiologie	FABRE.

	MM.
Zoologie et parasitologie	R. SIGALAS.
Médecine expérimentale	AUBERTIN.
Clinique ophtalmologique	BEAUVIEUX.
Clinique chirurg. inf. et orthop.	LOUBAT.
Clin. des maladies infectieuses	DAMADE.
Chimie biologique et médicale	MACHEBŒUF.
Physique méd. et pharmaceutique.	PIFFAULT.
Méd. col. et clin. mal. exotiques.	BONNIN.
Clin. malad. cutanées et syphilit.	JOULIA.
Clin. des mal. des voies urinaires.	DARGET.
Clin. mal. nerveuses et mentales.	DELMAS-MARSALET.
Clin. d'oto-rhino-laryngologie	PORTMANN
Toxicologie et hygiène appliquée.	CASTAGNOU.
Clinique odonto-stomatologique	DUBECQ
Clin. méd. des mal. des enfants.	FONTAN.

PROFESSEUR A TITRE PERSONNEL

M. GIRARD.

PROFESSEURS SANS CHAIRE

MM. PERRENS (Maladies mentales) — DUFOUR (Anatomie); MESNARD (Pharmacie).

R. UNIV. BIBLIOTHEEK LEIDEN

MAITRE DE CONFÉRENCES

M. BLANQUET (Physique pharmaceutique).

AGRÉGÉS EN EXERCICE :

	MM.
Anatomie	N...
Physiologie	N.
Médecine générale	BROUSTET.
id.	SARIC.
id	DUBARRY.
id.	F.-J. TRAISSAC
id.	BERGOUIGNAN.
Pédiatrie et puériculture	VERGER.
Chirurgie générale	MASSÉ.
id.	MAGENDIE.
id.	POUYANNE.
id.	LAUMONIER
id.	CHAVANNAZ.

	MM.
Chimie biologique	TAYEAU.
Obstétrique	N.
id.	MAHON.
Ophtalmologie	BESSIÈRE.
Oto-rhino-laryngologie	DESPONS.
Dermatologie et syphiligraphie	LE COULANT
Histologie	MAYER.
Physique médicale	N...
Chimie gén. pharm. et toxicol.	N...
Histoire natur. méd. et parasitol.	N...
Pédiatrie et Puériculture	VERGER.
Méd. légale et méd. du travail.	L'ÉPÉE.
Electroradiologie	LACHAPÈLE.
Odonto-stomatologie	MARONNEAUD.

COURS COMPLÉMENTAIRES :

	MM.
Médecine opératoire	MASSÉ.
Accouchements	N...
Puériculture	PERY.
Urologie	N.
Législation pharmaceutique	POPLAWSKI.
Ophtalmologie	N.
Anatomie	RIGAUD.
Chimie minérale	N.

	MM.
Botanique	GIRARD.
Cryptogamie	GIRARD.
Pharmacie galénique	MESNARD.
Bactériologie	MOUREAU.
Physiologie	Mlle ROUGIER.
Chimie biologique	N.
Parasitologie et biologie appliqu.	PAUTRIZEL.
Pathologie chirurgicale	LAUMONIER.
Electroradiologie	CAILLON.

Le Secrétaire de la Faculté : ROUGERIE.

Par délibération du 5 août 1879, la Faculté a arrêté que les opinions émises dans les Thèses qui lui sont présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle entend ne leur donner ni approbation ni improbation.

A MES PARENTS

A MA TANTE

Leur constante affection m'a permis de mener à bien les études de mon choix. Que la carrière qui s'ouvre me permette de me montrer digne de leur confiance; puisse-t-elle être aussi belle que l'œuvre accomplie par mon père au Maroc. Qu'ils trouvent ici une nouvelle marque de ma profonde reconnaissance.

A MON FRERE ET A MA BELLE-SOEUR

A MON NEVEU

Leur séjour au Brésil les éloigne de nous en ce jour. Ils sont cependant très présents dans nos pensées.

A MON CAMARADE R. SOLLIER

En souvenir de cinq années d'études communes. En témoignage d'une amitié fidèle.

A MES AMIS

A MES FRERES ECLAIREURS UNIONISTES DE FRANCE

A MES CAMARADES DE FACULTE ET D'EXTERNAT

A Monsieur le Docteur H. POUYANNE

Chef de Clinique adjoint à la Faculté,
Ancien Interne des Hôpitaux,

Dont les conseils amicaux ont facilité l'élaboration de ce travail. Qu'il en soit sincèrement remercié.

A MES MAITRES DE LA FACULTE ET DES HOPITAUX

STAGE :

1942-1943. Monsieur le Professeur PAPIN.
Monsieur le Professeur E. DUBOURG.

EXTERNAT :

1943. Monsieur le Professeur CHARRIER.

1944. Monsieur le Docteur BLANCHOT.
Monsieur le Professeur PAPIN.

1945. Monsieur le Professeur LOUBAT.
Monsieur le Professeur DELMAS-MARSALET.

1946. Monsieur le Professeur DAMADE.
Monsieur le Professeur CREYX.

1947. Monsieur le Professeur FONTAN.

A Monsieur le Professeur agrégé BERGOUIGNAN

Professeur agrégé à la Faculté,
Chirurgien des Hôpitaux.

Qui a bien voulu s'intéresser à ce travail.

A Monsieur le Professeur agrégé L. POUYANNE

Professeur agrégé à la Faculté,
Médecin des Hôpitaux.

Qu'il permette à son « instrumentiste » de le remercier pour avoir bien voulu inspirer cette étude. En hommage de sa gratitude et d'une respectueuse amitié.

A Monsieur le Professeur DELMAS-MARSALET

Professeur de Clinique des Maladies nerveuses et mentales,
Médecin des Hôpitaux,
Chevalier de la Légion d'honneur,
Croix de guerre,
Officier de l'Instruction publique.

Qui, par son admirable enseignement, facilite à ses élèves l'étude parfois ardue de la neurologie.

A MON MAITRE ET PRESIDENT DE THESE

Monsieur le Professeur F. PAPIN

Professeur de Clinique chirurgicale,
Chirurgien des Hôpitaux,
Membre correspondant de l'Académie de Chirurgie,
Membre correspondant de l'Académie de Médecine,
Membre de la Société internationale de Chirurgie,
Chevalier de la Légion d'honneur,
Croix de guerre,
Officier de l'Instruction publique.

Qui a bien voulu me faire l'honneur de présider la soutenance de cette thèse, me donnant ainsi l'occasion de lui exprimer ma reconnaissance pour tous les enseignements acquis dans son service.

ÉTUDE

DES

RÉCIDIVES APRÈS LES INTERVENTIONS

POUR LES LOMBO-SCIATIQUES

INTRODUCTION

En 1945, le Docteur H. Pouyanne présentait dans sa thèse (*Contribution à l'étude des lombo-sciatiques chirurgicales*, (Bordeaux) les 75 premiers cas de sciatiques opérées à Bordeaux par le Professeur L. Pouyanne. Depuis, le nombre des cas opérés et suivis s'est augmenté et dépasse maintenant 300. La technique opératoire et les principes directeurs de cette technique se sont précisés à mesure qu'augmentait l'expérience. Quelques éléments nouveaux ont été apportés, en particulier par l'apparition de récidives chez certains opérés Bien que ces cas soient peu nombreux, ce sont eux que nous envisageons d'étudier dans ce travail. Et nous essayerons d'en dégager les enseignements qu'ils apportent.

Nous n'étudierons dans ce travail que les récidives apparues après intervention, comportant : laminectomie ou hémilaminectomie, résection du ligament jaune, ablation de la hernie du disque ou radicotomie, pour sciatique radiculaire

caractérisée. Cela laisse en dehors de cette étude les récidives survenues après tout autre type d'intervention (section du ligament lombo-iliaque ou résection d'une apophyse transverse, comme le Professeur Pouyanne en a observé chez des malades opérés dans d'autres villes).

Nous n'étudierons pas non plus les réinterventions nécessitées par autre chose qu'une récidive nette de sciatique, c'est-à-dire les réinterventions suivantes :

— opérations en deux temps, avec interruption par incident opératoire, par exemple hémorragie importante;

— réinterventions à un niveau différent par suite d'une erreur de repérage radiologique, de la hernie, soit d'un décalage du repère cutané (patients obèses, à très gros pannicule mobile);

— réinterventions de complément : la première intervention (par exemple résection d'une virole de ligament jaune) n'ayant pas été radicale et suffisante : pas d'ablation de la hernie ni de radicotomie;

— réinterventions pour complications suppuratives : par exemple ostéite d'une lame vertébrale.

Afin de bien situer la place et la fréquence des récidives, il nous a semblé utile et même indispensable de commencer ce travail par une statistique générale des sciatiques opérées par le Professeur Pouyanne, tant dans le Service de clinique chirurgicale du Professeur Papin qu'à la Clinique de Bagatelle, statistique portant sur sept années environ. Ce sera donc la matière du premier chapitre.

Nous étudierons ensuite, dans un second chapitre, quelques récidives « frustes », que nous définirons avec plus de précision à ce moment, ce qui justifiera leur étude à part.

Les chapitres suivants porteront sur les récidives proprement dites; ils comprendront leur étude étiologique, clinique, radiologique, opératoire, puis les suites des réinterventions.

Enfin viendra une discussion d'ensemble sur le sujet et nous essayerons de tirer de cette étude les conclusions qui nous paraissent dignes d'intérêt.

CHAPITRE PREMIER

STATISTIQUE GENERALE DES LOMBO-SCIATIQUES CHIRURGICALES

Nous nous proposons de donner dans ce chapitre un aperçu général des sciatiques opérées par les Docteurs L. et H. Pouyanne au cours des sept dernières années. Nous indiquerons les chiffres, non seulement des interventions, mais aussi des principaux symptômes cliniques et radiologiques que nous retrouverons dans notre étude des récidives. La statistique porte sur 305 cas.

Nous donnerons 3 chiffres correspondant successivement : le premier, aux 75 premières observations; le deuxième, aux 77 dernières; le troisième, au nombre total des cas. Ceci pour montrer l'évolution du diagnostic de la technique opératoire.

NOMBRE TOTAL DE SCIATIQUES : **305**.

Sexe :			
féminin	29	35	116
masculin	46	42	189
Age :			
au-dessous de 20 ans	1	1	6
de 20 à 30 ans	11	18	60
de 30 à 40 ans	26	28	115
de 40 à 50 ans	30	20	92
de 50 à 70 ans	6	10	30
Côté :			
sciatique gauche	45	31	160
sciatique droite	22	34	112
sciatique bilatérale		8	12 33

Signes cliniques :			
Lumbago		57	147
Sciatique		73	213
Scoliose	20	37	96
Signe de Lasègue	54	69	220
Hypoesthésie S1	20	34	100
Hypoesthésie L5	22	7	49
Abolition du réflexe achilléen	36	37	131
Paralysie	1	2	9
Lipiodol :			
L. négatif	9	2	15
L. positif	59	19	140
Hernie en L4-L5	31	12	82
Hernie en L5-S1	26	9	67
Opérés sans lipiodol	7	56	150
Intervention :			
Laminectomie	75	30	219
Hémilaminectomie	0	22	51
Gros ligament jaune	26	14	59
Ablation extra-durale d'une H. D.	27	57	185
Ablation trans-durale d'une H. D.	25	7	56
H. D. inextirpables			21
Radicotomies	17	16	106
Explorations négatives			31
Hernies discales (siège) :			
L5-S1	36	41	159
L4-L5	23	24	97
Divers	4	2	10
Causes de réinterventions :			
Hémorragies	2		2
Complément d'intervention	5		9
Erreur de repérage radiologique	3	0	4
Ostéites	1	0	1
Récidives frustes			4
Récidives sévères			12

Pourcentage des récidives sévères : < 4 %.

CHAPITRE II

RECIDIVES FRUSTES

Dans ce chapitre, nous nous proposons de présenter les 4 observations de récidives de sciatiques qui n'ont pas nécessité de réintervention et ont rétrocédé rapidement, soit spontanément, soit après un traitement médical ou orthopédique. Ce sont les observations numérotées de I à IV (voir p. 15).

Au *point de vue étiologique*, on ne trouve rien dans 3 de ces cas I, II, IV). Les douleurs sont réapparues spontanément, soit progressivement, soit brutalement (IV). Dans l'observation III, au contraire, on voit que la récidive est survenue après un effort de levage d'un poids placé par terre. Nous retrouverons ce rôle de l'effort dans les chapitres suivants.

Au *point de vue évolutif*, ce sont des récidives précoces :

20 jours après opération (I);
24 jours après opération (II);
18 jours après opération (IV);

un peu plus tardive pour le III : 2 mois.

Au *point de vue clinique*, dans 2 cas (I et II), il s'agit d'une sciatalgie analogue à la première, du même côté et présentant les mêmes caractères, de type radiculaire net. Dans les deux autres (II et IV), il y a prédominance de l'élément lumbalgique.

Le signe de Lasègue est trouvé deux fois, absent une fois et sa recherche non spécifiée la quatrième.

Les signes sensitifs sont pratiquement semblables à ceux que l'on trouvait au premier examen (en effet, leur retour à la normale est très long; l'abolition du réflexe achilléen peut être définitive).

Au *point de vue radiologique*, il n'a été fait qu'un cliché sans lipiodol (IV), qui a simplement permis de localiser le niveau exact de la laminectomie.

Au *point de vue thérapeutique*, ces récidives sont survenues chez des malades ayant eu une ablation de la hernie (2 par voie E. D., 2 par voie T. D.) sans radicotomie associée.

Dans un cas, une seule séance de rœntgenthérapie fut suffisante pour amener un soulagement bientôt suivi de guérison complète.

Dans deux autres cas (II et IV), un corset plâtré porté un mois permit aussi la guérison. Temporaire seulement chez II, qui rechuta légèrement un mois après.

Enfin, dans le cas III, la guérison a été spontanée et pratiquement complète.

Il s'agit donc là à peine de récidives, ce sont plutôt des complications postopératoires tardives, de mécanisme encore difficile à déterminer. Ce ne sont certainement pas des hernies récidivées sur place, comme celles que nous allons étudier dans les chapitres suivants; peut-être peut-on faire une place dans ce mécanisme aux phénomènes vaso-moteurs déclenchés dans toute la zone cicatricielle, en particulier au niveau des racines.

CHAPITRE III

OBSERVATIONS

(Dues au Professeur agrégé POUYANNE.)

ABREVIATIONS

H. D. : Hernie discale.
L. J. : Ligament jaune.
E. D. : Extra-durale.
T. D. : Trans-durale.
M. I. : Membre inférieur.
D. M. : Dure-mère.
D. : Droit.
G. : Gauche.
L_3 : 3e vertèbre lombaire.
S_1 : 1re vertèbre sacrée.

OBSERVATION I (n° 131).

M... (Adrien), 19 ans.

Sciatique G. H. D. L_5-S_1. Récidive fruste.

Juillet 1945 : Chute de cheval.

Août 1945 : Nouvelle chute de cheval. Sciatique G. 15 jours.

Décembre 1945 : Sciatique G. très violente.

15 janvier 1946 : Nécessité du repos au lit. Ne peut plus bouger. Douleur à la face postérieure du M. I. G. Amyotrophie rapide.

Lipiodol (14 février 1946) : H. D. gauche en L_5-S_1.

Examen. — Rachis : Cyphose lombaire; raideur modérée.

M. I. : Douleur radiculaire du M. I. G. (sciat.). Lasègue + + à G. Grosse atrophie des muscles fessiers et de la cuisse, à G. Réflexe achilléen aboli à G.

Intervention (21 février 1946) : Anesthésie : nargénol + local. Hémilaminectomie partielle G. en L_5-S_1. Résection du ligament jaune. Ablation extra-durale d'une H. D. nette sous la racine en plusieurs fragments.

Suites. — Bonnes. Lever au 5e jour. Sort le 10e jour.

Vers le 12 mars, a eu une douleur sciatique analogue à la précédente, très bien soulagée par une séance de rayons X.

Le 1er avril 1946, souffre légèrement à la marche. Lasègue +. Achilléen aboli à G. Hypoesthésie S_1.

Le 7 juin, très bon état.

Le 9 novembre 1946, très bien.

Observation II (n° 153).

H... (Henri), 36 ans.

Sciatique D. par H. D. L_1-L_2 D. Récidive à gauche.

Gros trauma vertébral à 18 ans

13 avril 1946 : A la suite d'un effort, craquement lombaire. Douleur de type radiculaire, raideur lombaire très marquée.

Corset plâtré. Ablation le 8 juin. Souffre avec extension des douleurs au M. I. D. avec paresthésie du pied D.

19 juin : Souffre dès qu'il se mobilise. Engourdissement du pied D.

8 mai : *Corset plâtré*.

23 mai : Nouveau craquement. Souffre à l'effort.

8 juin : Ablation du corset.

19 juin : *Examen*. — Rachis soudé. Scoliose en baïonnette. Contracture lombaire intense; surtout G. Point douloureux paravertébral G.

M. I. D. : Signe de Barré. Hypotonie. Abaissement du pli fessier à G. Réflexes normaux. Bande d'hypoesthésie non radiculaire (fémoro-cut., musc.-cut., S. P. E.).

Sphincters : Constipation.

Lipiodol (20 juin) : Grosse H. D. en L_1-L_2 à D.

Intervention (24 juin 1946). — Laminectomie L_1-L_2 facile. Grosse H. D. extirpée, puis coagulée par voie trans-durale. Enormes veines épidurales.

4 juillet : Ablation des points. Gros kyste séro-sangl.

Examen. — Disparition des signes cliniques.

17 juillet : Se plaint de « lombalgie rongeante ». Rachis très raide. Ne peut se baisser (achilléen diminué à D.; rotulien vif à D., diminué à G.; pas de Lasègue à D., mais + à G.; paresthésie du fémoro-cut. G.).

31 juillet : Progrès. Lombalgie G. au lever. Irradiation au M. I. G. Rachis : Scoliose G. Rachis souple. M. I. : Achilléen, normal; rotulien, normal. Lasègue + à G. Hypoesthésie à D. Douleurs radiculaires à G. Pied cavus varus bilatéral.

14 octobre : Souffre toujours des reins et de la jambe G. Même examen.

16 avril 1947 : Se plaint des reins. Douleurs passagères du M. I. D. Lasègue D. +.

21 avril : *Corset plâtré.* Ablation le 21 mai. Guérison.

5 juillet : Même état qu'avant le plâtre.

Observation III (n° 157).

De K..., 46 ans.

Sciatique G. par H. D. L_5-S_1. Récidive fruste.

A eu deux ou trois lumbagos spontanés.

25 avril 1946 : Après une course de 140 km. en auto, sciatique G.

Depuis, aggravation progressive sans arrêt d'activités. Douleur assis, debout, augmentée par la toux, irradiée vers le mollet, le pied, à type radiculaire.

Traitement. — Manipulations, traitement médical, légère amélioration au prix de vives douleurs. Mais nouvel effort et reprise des douleurs.

18 juin : Epidurale de novocaïne sans effet, de même qu'air chaud et novocaïne *loco dolenti.*

5 juillet : Rachis raide, scoliose G. légère. M. I. : Lasègue ++ à G. Achilléen G. diminué. Hyperesthésie générale.

12 juillet : Pas de scoliose. Pli fessier descendu. Hypotonie. Lasègue + G. Réflexes vifs. Achilléen diminué à G. Barré à G.

Intervention (12 juillet). — Hémilaminectomie L_5, puis S_1. H. D. sous la racine. Extirpation en 3 ou 4 fragments. Résection d'une expansion du L. J.

Suites. — Bonnes, mais préoccupations hypocondriaques.

Radio : La laminectomie a porté sur L_4.

19 septembre : Après effort de lever un poids, petite rechute à G., douleur vive paravertébrale. Le malade souffre assis.

30 octobre : Plus souple.

12 avril 1947 : Petite douleur.

Observation IV (N° 207).

Mme B..., 33 ans.

Sciatique G par H. D. L_5-S_1. Récidive fruste.

1940 : Chute sur la glace.

1942 : Au Mont-Dore, lumbago aigu spontané. 5 jours de lit. Guérison spontanée, mais laisse une scoliose droite.

1943 : Opérée d'un kyste de l'ovaire.

Juillet 1945 : Rechute brusque de lumbago. Lit, 15 jours. Infiltration du sympathique (la malade est alors enceinte et l'accouchement est normal).

Novembre 1946 : Nouvelle crise de lumbago, puis, au bout de 8 jours, apparition d'une sciatique G. Echec de tous traitements. La malade reste alitée jusqu'au...

15 février 1947 : *Examen.* — Rachis : Scoliose en baïonnette à D. Raideur complète. Point douloureux L_4-L_5.

M. I. G. : Lasègue + +. Hypothermie du membre. Hypoesthésie en chaussette. Réflexe achilléen diminué. Trajet du nerf douloureux. Pas d'amyotrophie.

Radiographie. — Pincement L_4-L_5.

Intervention (18 novembre 1947). — Anesthésie : Evipan continu. Fenêtre L_4-L_5 par ablation L. J. et hémilaminectomie. Laminectomie L_5. Ablation E. D. d'une H. D. sous S_1 en trois fragments.

Suites. — Simples. Exéat le 10e jour.

Huit jour après la sortie, apparition de douleurs lombo-sacrées G. après une phase d'impotence totale.

Examen (5 avril 1947). — Pas de Lasègue. Réflexes : rotulien vif, achilléen, normal.

16 avril : Même examen. Radio : laminectomie sur L_4.

26 avril : *Corset plâtré.*

3 juin : Ablation du plâtre. Ne souffre plus. Petite scoliose en baïonnette.

Observation V (N° 1).

T... (Severino), 41 ans, employé de commerce.

Sciatique G. L_4-L_5. Récidive *in situ.*

Novembre 1940 : Douleurs spontanées du M. I. G. augmentées par marche, fatigue (décharges électriques vers face externe cuisse). Pointes de feu.

Janvier 1941 : Radiothérapie. Aggravation après 4 séances (douleurs en marchant et debout. Assis, couché, à vélo : rien). Naïodine. Apivène. Hista : échec. Radio : apophyse anormale L_5.

Amaigrissement de 8 kg. Entérite. Gonococcie.

22 avril : *Examen.* — Rachis : Raideur lombaire. Douleur L_5-S_1. Inclin. limitée. Extension impossible.

Sciatique G. avec hypotonie. Atrophie légère. Réflexes normaux.

24 avril : *Lipiodol.* Image nette de H. D. latérale F. en L_4-L_5.

Intervention (29 avril). — Laminectomie L_4-L_5. Spina-bifida S_1. D. M. tendue. Virole de L. J. très hypertrophié. Résection.

Suites. — Bonnes, sauf abcès de la cicatrice, excisé le 21 juillet. Guérison parfaite de la sciatique.

28 mai 1942 : A la suite d'un effort de jardinage, lumbago aigu, avec irradiations dans le M. I. G. A l'examen, on trouve seulement un signe de Lasègue léger à G.

31 mai : Une tentative de réduction déclenche une violente sciatique.

6 juin : *Corset plâtré.* Echec.

Intervention (13 juin). — Ether. Bloc osseux cicatriciel. Dissec-

tion de la D. M. Laminectomie élargie à G. Grosse H. D. au-dessous et en dedans de la racine L_4. Ablation transdurale en deux fragments.

Suites. — Très bonnes.

29 mars 1943 : Ne souffre plus; vie active.

20 septembre : Parfait état.

Septembre 1944 : Quelques douleurs vagues.

1er novembre : Chute sur le siège dans un escalier.

4 novembre : Réapparition de la sciatique G. Aggravation progressive, qui oblige le malade à s'aliter.

7 novembre : Rachis raide. Scoliose D. Bonne cicatrice. Lasègue + + à G. Hypoesthésie mollet et f. e. jambe.

24 novembre : Crise persiste. *Lipiodol :* défect. à G.

Le malade réclame l'intervention.

Intervention (24 novembre). — Grosse H. D. sous l'émergence de la racine. Ablation T. D. en un bloc. Radicotomie L_4.

Suites. — Excellentes.

7 novembre 1947 : Très bonnes nouvelles.

Observation VI (N° 22).

Mme L.., (Marguerite), 32 ans.

Sciatique gauche. Récidive.

Juillet 1942 : Douleur sciatique progressive G. empêchante. Pas de traumatisme.

Novembre : *Examen.* — Claudication. Douleurs vives. Attitudes antalg. Rachis rigide. Col. lomb. soudée. Hypoesthésie en bande externe M. I. G. Réfl. achil. G. diminué.

13 novembre : Rayons X. Aggravation. *Lipiodol :* Pas d'image nette.

Intervention (23 novembre). — Laminectomie L_4-L_5-S_1. Hypert L. J. L_4-L_5. Petite hernie L_5-S_1. Excision T. D. Dégagement racine L_4

Suites : Douleurs atténuées au 8e jour. Marche, ne souffre plus au 14e.

23 janvier 1943 : Ne souffre pas.

19 avril : Récidive des douleurs du M. I. G. de type radiculaire. Cicatrice douloureuse. A. G. achilléen = O. Scoliose lombaire. Lasègue + +.

Corselet plâtré.

Réintervention (3 mai). — Arachnoïdite. Rac. L_5 étranglée. Débridement. D. M. laissée ouverte.

28 mai : Douleurs disparues. Raideur persistante. Kyste de L. C. R. Réflexe rotulien G. aboli.

Observation VII (N° 30).

G... (André), 44 ans, employé de bureau.

Sciatique G. H. D. L_4-L_5. Récidive *in situ.*

1er février 1943 : Glisse, sans chute, dans l'escalier. Douleur lombaire.

4 février : Douleurs au lever. Elancements, décharges électriques dans la face antérieure de la jambe, pied, 2e et 3e orteils.

15 mars : Douleurs violentes de sciatique G. 2 à 3 crises d'une demi-heure par jour, à la toux.

2 avril : Douleurs disparues au lit. Hypotonie sans atrophie face postérieure M. I. G. Points de Valleix. Hypoesthésie S_2. Hyperesthésie L_4-L_5-S_1. Rachis : Pas de scoliose. Att. antalg. claud. G.

Lipiodol (7 avril). — Volumineuse H. D. latérale G. L_4-L_5.

Intervention (19 avril). — Ether. Laminectomie L_4-L_5. L. J. très hypertrophié. Petite H. D.

Suites. — Amélioration, puis reprise des douleurs.

Intervention (12 mai). — Ether. Laminectomie S_1 complémentaire. Grosse H. D. latérale enlevée par voie E. D.

20 juillet : Guéri.

3 janvier : Enchanté. Service de nuit (escaliers) pénible.

Observation VIII (N° 161).

C... (Roger), 41 ans, cultivateur.

Sciatique G. L_4-L_5. Récidive *in situ*.

Opéré en 1942 par le Docteur L... pour sciatique G. par hypertrophie des L. J. en L_3-L_4 et L_4-L_5. Amélioration de plusieurs mois.

Rechute en juillet 1943. Guéri par rayons X.

Juillet 1946 : Récidive gauche après effort important.

Examen. — *Rachis :* Raideur marquée. Pas de scoliose.

M. I. : Lasègue bilatéral G. + + + que D. Réflexes normaux. Pas d'atrophie. Points de Valleix. Diesth. en S_1.

Intervention (3 août). — Laminectomie L_5. H. D. assez vague en L_4-L_5. Radicotomie. Arachnoïdite assez marquée.

Suites. — Poussée thermique due à une fistule. Signes méningés jugulés à la pénicilline.

Examen au départ (23 août). — Réflexes : achilléen G., vif; rotulien G., faible.

A son lever, après son retour chez lui, le malade recommence à souffrir. Même type de douleurs qu'avant.

L'examen est semblable à celui pratiqué avant l'intervention, avec, en plus, abolition du réflexe achilléen G. et diminution du rotulien G.

16 octobre 1946 : *Corset plâtré* pour un mois.

Réintervention (14 janvier 1947). — Kyste de L. C-R. indépendant des espaces arachnoïdiens. Ouverture de la D. M. Racines collées, clivage délicat. Radicotomie S_1 gauche.

Suites. — Rien à signaler.

Observation IX (N° 208).

T... (Attilio), 34 ans, cultivateur.

Sciatique G. H. D. L_4-L_5. Récidive *in situ*.

Mars 1946 : Premières douleurs de type radiculaire à la toux matinale. Irradiations vers la cuisse gauche.

Octobre : Aggravation. Douleur continue avec exaspération radiculaire. Arrêt de travail. Pas de troubles sphinctériens.

Novembre : Reprise du lumbago (1re atteinte en 1941, effort; 1re rechute en juin 1945).

Décembre : Engourdissement et paresthésie de tout le M. I. G. Rien au M. I. D. Impotence complète.

Examen (20 février 1947). — Rachis : Grosse scoliose en baïonnette. Contracture lombaire + +. Raideur. Points douloureux paravertébraux G. inférieur.

M. I. : à D., rien à signaler; à G., réflexes : rotulien diminué; achilléen, normal. Paresthésie en S_1. Lasègue + + +.

L. C.-R. : Normal.

Lipiodol (11 février) : Arrêt en peigne L_4-L_5. H. D.

Intervention (21 février). — Scoph. + loc. + rachi. Laminectomie symétrique, mais peu étendue L_4. Très gros L. J. Grosse hernie paramédiane G. Ablation E. D. en deux fragments.

Reprend son travail au bout de 2 mois. Souffre du M. I. G. lorsqu'il reste courbé et à la toux. Coccygodynie.

Lipiodol (8 décembre) : Nouveau défect. typique L_4-L_5 à G.

Examen (5 janvier 1948). — Bonne cicatrice sensible à la pression. Coccygodynie. A G., Lasègue discret. Réflexes : achilléen, normal. Hypoesthésie L_5. Douleur spontanée de la cuisse et du mollet.

Intervention (6 janvier). — Malgré approche prudente, arrachement d'un fragment de la D. M. Racine L_5 très volumineuse, congestive, soulevée par une masse dure peu élastique inabordable par voie E. D. Radicotomie L_5 à G. D. M. laissée ouverte. Suture drain.

Suites. — Bonnes.

Observation X (N° 227).

H..., 56 ans.

Sciatique D. H. D. L_4-L_5. Récidive *in situ*.

1938 : Chute sur le sol après glissade.

1946 : Violent mouvement pour éviter une chute.

Juillet 1946 : Poussée initiale de sciatique droite. Vu par divers « spécialistes » : acupuncture, chiropraxie, etc.

18 janvier 1947 : Obligé de s'aliter. Douleurs. Reste couché

12 mai : Douleurs dans toutes les positions, surtout debout. Douleurs lombaires intermittentes. Douleur à la défécation. Irradiations fesse G. et la cuisse. Paresthésie orteils.

27 mai : Rachis raide, surtout inclin. lat. droite. Point douloureux L_4. Lasègue + + + D. Douleur à la pression du nerf. Réflexes : rotulien, diminué; achilléen, normal.

Lipiodol : H. D. D. L_4-L_5. Spina-bifida.

Intervention (29 mai). — Nesdonal I. V. Laminectomie L_4-L_5. H. D. volumineuse enlevée par voie E. D. Coagulation de la loge.

Suites. — Bonnes. Amélioration considérable.

Mais, le 6e jour, au cours d'un éternuement, douleur extrêmement vive et violente. Récidive de sciatique droite hyperalgique.

Lipiodol : Même image.

Intervention (12 juin). — Nesdonal. Même incision. Elargissement de la laminectomie. H. D. aussi volumineuse à la même place. Ablation en un fragment. Radicotomie postérieure L_5.

4 août. — Très bon état local.

29 septembre : Résultats parfaits. Pas de troubles sensitifs objectifs. Réflexes achilléens abolis.

Observation XI (N° 263).

D... (Gaston), 25 ans.

Sciatique D. L_5-S_1. Récidive *in situ.*

Septembre 1947 : Au cours d'un effort (E. P.), apparition d'un lumbago, puis la douleur descend dans la jambe jusqu'à la cheville; exaspération à la toux et à l'éternuement. Rebelle à toute thérapeutique médicale.

19 novembre : *Examen.* — Rachis raide, sans déviation.

M. I. : Lasègue bilatéral D. + +. Atrophie fessière. Douleur à la

pression du nerf. Réflexe achilléen D. aboli. Pas de troubles de la sensibilité.

Intervention (24 novembre) : Ablation d'un gros ligament jaune en L_5-S_1. Grosse H. D. sous S_1 à D. enlevée en 2 fragments par voie E. D.

Suites. — Simples, sauf persistance de quelques douleurs du même type jusqu'au 6e jour.

21 avril 1948 : A été bien jusqu'au début d'avril. A ce moment, reprise progressive des douleurs du même côté. Douleurs du même type.

Examen. — Violente sciatique avec persistance des mêmes signes objectifs.

22 avril : *Corset plâtré.*

28 avril : Aucune amélioration.

Intervention (1er mai). — Ablation partielle de l'apophyse épineuse L_4. Enorme H. D. récidivée sur place. Ablation en 3 fragments. Révision du disque.

Exéat guéri le 12e jour.

Observation XII (N° 4).

E... (René), 56 ans, représentant de commerce.

Sciatique G. L_5-S_1. Récidive droite.

1936 : Début de fréquents lumbagos.

1939 : Lumbago très violent après effort.

Juin 1941 : Apparition d'une sciatique G. Légère scoliose sans raideur. Diathermie. Infra-rouges, rayons X. Aggravation. Quasi impotence après manipulations vertébrales.

Lipiodol négatif à Saint-Cernin.

10 septembre : *Examen.* — Rachis : scoliose lombaire à convexité G. Bourrelet de torsion en L_1-L_2. Points douloureux nets en L_4-L_5 G. et D. Raideur lombaire en extension et inclinaison latérale G.

Corselet plâtré mal supporté, enlevé le 20 septembre.

Intervention (30 septembre). — Hémilaminectomie L_5-S_1. Ouverture de la D. M. Découverte T. D. d'une H. D. non enlevée (molle).

Dans les jours qui suivent, exaspération des douleurs. Kyste du L. C.-R.

Réintervention (10 octobre). — Laminectomie complétée. Ouverture D. M. Dissociation des racines. Pas de H. D., mais disque baveur. Elargissement du T. C.

Suites. — Simples.

1er décembre : Parfait état.

5 janvier 1943 : Enchanté. *Restitutio ad integrum.*

20 septembre 1947 : Au début de l'année, petite crise de sciatique D., calmée au bout d'un mois avec 7 séances de rayons X.

Depuis 8 jours, crise plus violente. N'a cependant pas été obligé de s'aliter. Constipation.

Syndrome de sciatique D. avec Lasègue + + + et grosse amyotrophie du mollet.

Réintervention (21 octobre). — Même incision. Ouverture de la D. M. Réaction d'arachnoïdite nette. La racine S_1 D. est énorme, rouge, soulevée par un disque baveur. Radicotomie S_1.

Suites. — Assez bonnes. Petit écoulement de L. C.-R.

22 novembre : Va assez bien. Persistance d'un engourdissement dans le domaine de S_1. Constipation. Ne souffre plus de sciatique.

Exéat bon état. Hypoesthésie S_1. Abolition achilléenne D.

10 février 1948 : Bonnes nouvelles.

Observation XIII (N° 6).

Mme P..., 41 ans.

Sciatique D. H. D. L_4-L_5. Récidive à G.

Avril 1941 : Lumbago empêchant la malade de se mettre à plat ventre dans le lit.

Août : Crise de sciatique droite de type radiculaire net.

Septembre : Aggravation de la sciatique. Traitements médicaux. Amélioration passagère. Amaigrissement.

14 novembre : *Examen.* — Radio : arthrite sacro iliaque D. Rachis : Rien à signaler.

M. I. : Sciatique grave. Atrophie du mollet. Hypoesthésie du bord externe du pied. Lasègue + +. Achilléen D. aboli. Aggravation des douleurs à la toux et à l'effort.

17 novembre : *Corset plâtré.* Amélioration passagère. Crises.

26 novembre : P. L. : augmentation de l'albumine. *Lipiodol* E. D.

Intervention (2 décembre) : Rectanol + loc. Laminectomie L_4-L_5. L. J. normal. Ouverture de la D. M. Libération de la racine L_5. H. D. enlevée en plusieurs fragments. Curetage.

Suites locales. — Simples, mais agitation et névrose d'angoisse.

8 décembre : Disparition des douleurs.

19 janvier 1942 : Très bon état général. Plus de douleurs. Faiblesse légère du M. I. D. Atrophie fesse D., de la face postérieure de la cuisse et mollet. Réflexes : rotulien, vif; achilléen, aboli à D. Pas de Lasègue. Hypoesthésie en S_1.

22 septembre 1944 : Reprise de douleurs nocturnes à G. : durée, demi-heure; discrètes, augmentation à la toux.

20 novembre : Rachis souple. Cicatrice bon état. Aucune douleur à la mobilisation. A. G., Lasègue léger; à D., achilléen aboli. plaque d'hypoesthésie S_1 (talon et bord externe du pied).

Naïodine. Supposédol.

11 février 1947 : Reprise d'une crise atroce à G.

Intervention (13 février 1947) : H. D. paramédiane G. L_4-L_5 extraite en 2 ou 3 fragments. Radicotomie S_1 à G.

Exéat le 12e jour, guérie.

Observation XIV (N° 31).

R... (Jean), 34 ans, employé hospices.

Sciatique à bascule.

Janvier 1940 : Mobilisé. Violente douleur fesse G., attribuée au froid.

Traitement. — Dithioral. Rémission.

Juin : Ne peut suivre son unité. Prisonnier rapatrié sanitaire. Souffre, mais calmé par dithioral.

Octobre 1941 : Echec du dithioral. Prend Atophan. Amélioré.

Octobre 1942 : Reprise douleurs fesse D., cuisse, mollet, plante, calmées par repos; augmentées par toux, marche, fatigue.

29 octobre 1942 : *Examen.* — Petit déficit musc. Réflexe rotulien diminué. Paresthésie face interne cuisse G. (L_2). Rachis : Raideur lombaire.

Lipiodol : Défect discret L_4-L_5. Grosse réaction, céphalées douloureuses, 38°5.

17 avril 1943 : Accentuation de l'encoche.

Intervention (21 avril). — Ether. Laminectomie L_4-L_5. L. J. très hypertrophié. Pas de hernie visible. Dégagement racine D. L_5 congéstive.

Suites. — Gros hématome, résorbé. Lumbago, mais pas de sciatique.

7 octobre 1943 : *Corset plâtré* pour douleurs lombaires.

10 décembre : Récidive violente : sciatique droite, lumbago et douleurs en ceinture. Arrêt du travaoil. Plié en deux. Lasègue + + bilatéral.

Intervention (5 janvier 1944). — Scoph. + loc. Laminectomie L_5, saillie paramédiane L_5-S_1. H. D. trop profonde. Radicotomie S_1 à D.

Observation XV (N° 71).

D... (Pierre), 33 ans, prêtre.

Sciatique à bascule. H. D. L_4-L_5. Récidive H. D. L_3-L_4.

1937 : Sciatique D. *a frigore*. Thiodacaïne : Sédation en 2 à 3 jours.

1938 : Nouvelle crise. Radio. Quelques jours de lit.

1942 : Nouvelle crise brève, mais reprise en août. Rayons X. Magsalyl, Naïodine. Guérison.

1944 : Au printemps, apparition progressive d'une sciatique G entraînant une diminution de l'activité. Souffre depuis trois mois

sans reprise à droite. Douleur sourde exacerbée par l'éternuement, la douleur s'arrête au cou-de-pied. Engourdissement du mollet.

3 juillet : Rachis : Raideur lombaire. Inclinaison G. limitée.

M. I. : Lasègue + + à G. Hypotonie. Achilléen aboli à G.

Radio : Scoliose lombaire droite. Pincement L_4-L_5. Hypertrophie apophyse articulaire D. L_4-L_5.

Traitement médical.

1er septembre : Sciatique, sans changement. Abolition des réflexes rotulien et achilléen G.

8 novembre : Aggravation très marquée. Impotence quasi complète.

Lipiodol : Grosse hernie G. en L_4-L_5.

Intervention (19 novembre). — Loc. + sédol. Laminectomie L_4-L_5. L. J. hypertrophié. Grosse H. D. paramédiane. Extirpation T. D. en 2 gros fragments.

Suites. — Simples. Poussée de sciatique D. postopératoire. *Corset plâtré.*

8 mars 1945 : Bon état. Réapparition réflexe achilléen.

14 mai : A eu 2 crises de lumbago. Légère raideur du rachis.

Août : Lumbago aigu. 48 heures de lit. Poussée de sciatique D.

10 septembre : Scoliose en baïonnette vers la G. Sciatique G. Sensibilité très vive à la pression de la cicatrice.

Septembre : *Lipiodol.* Gros défect. en L_3-L_4.

Intervention (19 septembre). — Loc. Laminectomie L_3-L_4. Grosse hernie paramédiane difficile à découvrir et inextirpable en raison de la difficulté d'accès et de son adhérence.

Suites. — Bonnes. Exéat le 2 octobre.

19 octobre : Sciatique à bascule. Persistance de la scoliose.

5 novembre : Amélioration nette. Rachis D.

Observation XVI (N° 162).

L... (Georges), 21 ans, contrôleur laitier.

Sciatique G. rebelle. H. D. L_4-L_5. Récidive droite.

1943 : Début spontané de la sciatique G. en hiver. Evolue depuis par crises (efforts, marche, fatigue).

1946 : Passée à l'état chronique. Surtout gêne plus que douleurs vives. La marche, la bicyclette, sont bien tolérées.

Traitements médicaux sans effets.

26 juillet : *Examen.* — Rachis : Rien à signaler. Lasègue bilatéral G. + + +. Réflexes normaux. Hypoesthésie mollet G.

Lipiodol : H. D. paramédiane G. en L_4-L_5.

Intervention (3 août). — Laminectomie L_4-L_5. Ouverture de la D. M. Radicotomie L_5 à G. Extirpation T. D. de la H. D. médiane, étalée.

Suites. — Parfaites. Sort le 19 août 1946.

1er octobre : A présenté quelques douleurs dans les deux jambes, mais elles se sont rapidement calmées à G.

Depuis 8 jours, souffre à D. de la même manière qu'il souffrait à G. : douleurs aux mouvements, à la toux.

Examen. — Lasègue + + + des deux côtés.

Réintervention (12 septembre 1947). — Radicotomie. On ne trouve pas de H. D.

Suites. — Bonnes.

CHAPITRE IV

LES RECIDIVES IMPORTANTES

Etiologie.

Nous allons maintenant étudier les 12 observations de récidives qui ont exigé une réintervention. Une d'entre elles déborde cependant le domaine des véritables récidives, il s'agit en effet d'une nouvelle sciatique déterminée par une hernie discale apparue à un niveau différent. Nous en reparlerons au moment voulu.

Au point de vue étiologique, plusieurs facteurs sont intéressants à étudier. Cependant, il en est deux qui dominent le tableau. Ce sont les conditions opératoires de la première intervention et le mode d'apparition de la récidive. Nous allons envisager successivement tous ces facteurs.

A. — Facteurs étiologiques généraux.

Ils ne sont pratiquement pas différents de ceux des sciatiques ordinaires. Il ne nous a pas été possible de noter de renseignements particuliers pour les récidives.

D'autre part, le nombre restreint de cas ne permet que des conclusions statistiques approchées, sujettes à des modifications importantes. Nous donnerons cependant quelques pourcentages.

a) *Sexe* : Il y a une grosse prédominance du sexe masculin. Beaucoup plus importante que pour les sciatiques. En effet, si pour celles-ci les auteurs donnent des chiffres entre 60 et 75 % pour les hommes et 40 et 25 % pour les femmes; pour

les récidives, le pourcentage est de 83 % d'hommes et 17 % de femmes. En réalité, il vaudrait autant dire : 10 cas sur 12.

b) *Age :*

De 20 à 30 ans, 2 cas : 17 %;
De 30 à 40 ans, 4 cas : 33 %;
De 40 à 50 ans, 4 cas : 33 %;
De 50 à 60 ans, 2 cas : 17 %.

Ce qui montre que c'est à l'âge où l'indication opératoire se pose avec le plus de fréquence que l'on trouve le maximum de récidives.

c) *Profession.* — Il ne semble pas que ce facteur ait joué un grand rôle dans les cas que nous avons étudiés. Nous trouvons cependant deux cultivateurs qui avaient repris leurs activités lors de la récidive. On sait que ce métier est assez prédisposant aux sciatiques. Il y a aussi un représentant de commerce appelé à des déplacements fréquents en automobile et au transport de valises lourdes. On ne retrouve aucune des professions prédisposantes par excellence, comme tailleur ou couturière, manœuvre ou chauffeur.

d) *Dans les antécédents pathologiques* de ces malades on ne trouve rien à relever.

B. — Causes déterminantes.

On sait le rôle important joué par les traumatismes dans l'étiologie des sciatiques. Ce traumatisme peut se présenter sous différents aspects : grand trauma extérieur, choc, chute, trauma interne, microtraumatismes répétés, etc. Pour les récidives, il ne semble pas que ce facteur ait joué un rôle primordial dans la plupart des cas. Cela tient peut-être en partie à un manque d'information précise. L'interrogatoire du malade n'ayant peut-être pas dirigé l'attention de celui-ci sur ces faits.

Si, dans 9 cas, les récidives sont survenues spontanément

en apparence, dans 3 cas (25 %) nous trouvons un trauma, soit externe par chute, soit interne par effort :

Obs. V : effort important, en position de flexion, en jardinant.

Obs. V (2e récidive) : chute sur le siège dans un escalier.

Obs. X : effort d'éternuement, alors que le malade était encore au lit après son intervention (le 6e jour).

Le rôle joué par ce facteur, dans ces cas, semble indéniable dans la genèse des récidives qui ont suivi soit immédiatement, soit 3 jours après.

C. — Facteurs opératoires.

Il nous paraît capital d'analyser soigneusement les protocoles opératoires des premières interventions. Cette analyse nous permettra de recueillir des conclusions importantes au point de vue de la « prophylaxie » des récidives.

a) *Laminectomie.* — Elle fut pratiquée dans 11 cas, portant en général sur un arc, quelquefois sur deux. Hémilaminectomie dans un cas. Dans le dernier cas (XI), l'excision simple du ligament jaune fut suffisante par suite du grand écartement des lames, mais c'est un cas assez rare.

b) *Ligament jaune.* — Dans 7 cas, il fut trouvé hypertrophié et même très hypertrophié (V, VI, VII, IX, XI, XIV, XV). Son ablation constitue un des temps préliminaires de l'intervention. Dans un cas (V), une virole de ligament jaune parut être le seul facteur déterminant de la hernie. Son ablation amena en effet une « guérison », mais, un an après, apparaissait une récidive, qui détermina une réintervention au cours de laquelle une grosse hernie discale fut découverte facilement là où on n'avait rien trouvé la première fois.

c) *Hernie discale.* — Dans 9 cas (V, VI, VII, IX, X, XI, XIII, XV, XVI), on trouve une hernie discale nette, qui est extir-

pée soit en un fragment, soit en plusieurs fragments (2 ou 3) dans la plupart des cas.

Dans l'observation XII, la racine est soulevée par une tuméfaction ayant l'aspect d'une hernie, mais l'incision de la face antérieure de la dure-mère ne permet pas de découvrir une hernie. Une réintervention à quelques jours d'intervalle ne permet pas non plus de trouver de hernie, malgré un curetage de la cavité.

Enfin, dans 2 cas (VIII, XIV), malgré une exploration minutieuse, on ne put découvrir de hernie.

La voie d'accès sur la hernie semble avoir une grande importance. Nous insisterons sur ce point plus tard, mais nous voulons le signaler dès maintenant. En effet, la voie transdurale fut employée dans 6 cas (66 %) et la voie extra-durale dans 3 cas (33 %). Il semble donc bien que la voie d'accès présente un certain intérêt, la voie extra-durale permet en effet un abord plus dégagé et un jour plus important sur les hernies latérales. D'autre part, il est plus facile dans ce cas de récliner la racine sus-jacente à la hernie, donc plus facile d'explorer la loge de la hernie.

d) *Radicotomie*. — Elle ne fut pratiquée que deux fois (VIII, XVI).

Dans l'observation VIII, où l'exploration du disque a été négative, elle a été le temps principal de l'intervention, qui n'a pu être plus complète.

Dans l'observation XVI, elle a été pratiquée pour permettre une extirpation plus facile d'une volumineuse hernie discale étalée abordée par voie transdurale.

e) *Dégagement de la racine*. — Elargissement du trou de conjugaison. Ce complément opératoire a été utile dans 4 cas (VI, XII, XIII, XIV). En réalité, dans les observations XII et XIV, il a été le seul temps opératoire, car on ne put trouver de hernie. Dans les autres cas, il a été jugé nécessaire par l'aspect congestif de la racine qui paraissait comprimée au niveau du trou de conjugaison.

f) *Curetage et coagulation de la loge.* — La coagulation de la loge a été pratiquée dans un cas (X). Le curetage indiqué dans deux cas (XII et XIII) a certainement été pratiqué plus souvent sans que cela soit mentionné sur le protocole opératoire. Il doit être en effet systématique pour éviter de laisser des fragments du nucléus adhérents aux parois.

CHAPITRE V

ETUDE CLINIQUE

Dans ce chapitre, nous allons étudier maintenant l'aspect clinique des récidives. Nous verrons successivement leur date d'apparition, leur mode de début, les signes sensitifs, les signes objectifs rachidiens et neurologiques. Dans l'ensemble, ils ne diffèrent guère de ceux de la première atteinte de sciatique.

A. — Date d'apparition.

Nous avons vu dans le second chapitre, au sujet des récidives frustes, que celles-ci étaient précoces, aucune n'étant apparue plus de 2 mois après l'intervention. Nous allons voir pour les récidives sévères des délais beaucoup plus importants.

En effet, une seule récidive immédiate : observations X, où, dès le 6e jour, un effort d'éternuement déclenche une crise de sciatique hyperalgique, nécessitant une réintervention précoce.

Deux récidives précoces : l'une après 15 jours (VII), l'autre 3 semaines (VIII), dès la reprise d'une légère activité.

Ce qui fait seulement 25 % de récidives précoces.

Les 75 % restants se répartissent comme suit :

de 2 à 6 mois : VI (5 mois), XI (5 mois);
de 6 mois à 1 an : XIV, XV, XVI, IX;
3 ans : XIII, V;
6 ans : XII.

58 % des récidives se produisent donc au bout de 6 mois à 1 an, 75 % dans la première année. Elles sont de plus en

plus rares et exceptionnelles après 5 ans. Un malade ayant repris son activité semble donc pratiquement à l'abri des récidives au bout de 5 ou 6 ans, à moins de conditions de travail particulièrement pénibles. Mais il est évident qu'un recul de plusieurs dizaines d'années sera nécessaire pour juger définitivement de ce point.

B. — Mode de début.

Nous avons vu aussi au chapitre étiologique que l'on ne retrouvait une cause déterminante nette que dans 3 cas : une chute sur le siège; un effort d'éternuement; un effort de lever (V_1 — X V_2).

Dans les autres cas, les douleurs sont apparues spontanément, du moins en apparence. Elles sont survenues soit progressivement (VI, VII, VIII, IX, XI, XII, XVI), soit brusquement (XIII, XIV, XV).

Le lumbago aigu ou chronique qui se retrouve fréquemment dans les antécédents des sciatalgiques se retrouve aussi dans nos récidives, avec cependant une fréquence moins grande. C'est ainsi qu'on a pu l'observer dans les cas suivants :

Obs. V : lumbago aigu à la suite d'un effort; la sciatalgie véritable n'apparaît que 3 jours plus tard;

Obs. XIV : lumbago postopératoire; puis, 5 mois après, nouveau lumbago traité par corset plâtré; 2 mois après, sciatique.

Obs. XV : lumbago aigu; poussée de sciatique après 48 heures.

Dans les autres cas, la poussée commence par des douleurs sciatiques, c'est-à-dire dans 75 % des cas.

Dans les observations V_1, V_2, VI, VII, VIII, IX, X, XI, c'est-à-dire dans 70 % des récidives, il s'agit de sciatique homolatérale, la récidive ayant lieu du même côté que la première atteinte.

Dans les observations XII, XIII, XIV, nous trouvons une récidive contro-latérale, avec cependant les mêmes signes que la première fois, mais du côté opposé.

Dans 2 cas, les malades se plaignent de sciatique à bascule dès le début avant toute intervention.

Dans l'observation XIV, première poussée à gauche, puis rechute 2 ans après à droite. La récidive est aussi à droite, accompagnée d'ailleurs de lumbago apparu en même temps.

Dans l'observation XV, première poussée à droite cédant spontanément; 7 ans après, reprise à gauche et hernie discale gauche; petite poussée de sciatique droite postopératoire, puis, quelques mois après, reprise de sciatique droite, puis sciatique gauche. Il faut noter que cette récidive à gauche fut déterminée par une hernie discale siégeant à un niveau différent de la première; il ne s'agit donc pas à proprement parler d'une récidive, mais il nous a paru utile de l'étudier avec les autres.

Nous notons aussi une grande prédominance de sciatiques gauches, ce qui correspond aux statistiques de sciatiques non récidivées, dans lesquelles tous les auteurs sont d'accord sur cette prédominance. En effet, il y a 9 sciatiques gauches, dont 5 récidivées du même côté (V, VI, VII, VIII, IX) et 4 récidivées à droite (XII, XIII, XV, XVI) pour 3 sciatiques droites (25 %), dont une récidivée à gauche (X, XI, XIV). Pour les sciatiques à bascule, nous avons considéré le côté dont souffrait le malade à l'intervention.

C. — Signes sensitifs.

a) *Les douleurs.* — Comme lors de la première atteinte, elles ont une importance capitale, puisque ce sont elles qui amènent le malade à consulter et sont souvent le facteur déterminant des réinterventions. Elles ont, d'autre part, une importance pour le diagnostic du niveau de la hernie; si ce point est moins important dans les récidives, nous nous per-

mettrons cependant de le rappeler, car il peut permettre d'éviter l'exploration lipiodolée intrarachidienne, qui peut parfois déterminer de fortes réactions (XIV).

Nous avons vu que ces douleurs étaient, soit du type lumbago, soit du type sciatique; dans certains cas (XIV), les deux types de douleurs coexistent.

Ce sont des douleurs tenaces, rebelles, le plus souvent de topographie et de caractères radiculaires, exaspérées par les efforts (défécation, éternuements, toux). Ce dernier signe, pour Thurel, ne serait cependant pas pathognomonique de l'atteinte radiculaire et traduirait seulement l'hyperexcitabilité des neurones sensitifs, fait d'une lésion irritative siégeant en un point quelconque de leur trajet.

En insistant maintenant sur la valeur localisatrice des douleurs, nous entrons dans un domaine un peu théorique. En effet, nous n'avons qu'une observation de sciatique avec hernie discale au niveau de la racine S_1. Nous nous permettons cependant de citer l'opinion de Thurel (traumatisme de la moelle et des racines); nous avons expliqué plus haut l'importance de ce point. En effet, si les douleurs de la fesse et de la cuisse (face postérieure) sont communes aux sciatiques lombaires et sacrées, il n'en est pas ainsi des douleurs au niveau de la jambe et du pied.

« A la jambe et surtout au pied, les douleurs et les sensations d'engourdissement-fourmillement ont une topographie différente : face externe de la jambe, malléole externe, dessus du pied et des orteils, notamment des deux premiers, dans la sciatique L_5; mollet, tendon d'Achille, talon, face plantaire du pied et des orteils, notamment des trois derniers, dans la sciatique S_1. »

b) *Le signe de Lasègue.* — Ce signe, qui dans les sciatiques est constaté fréquemment (dans 68 à 84 % des cas suivant les auteurs), se retrouve aussi dans les récidives : obs. V_1, V_2, VI, VIII, IX, X, XI, XII, XV, XIV, XVI, soit dans 10 cas sur 12 (83 %). Chez les malades XIV et XVI, il est bilatéral.

Ce signe correspondrait à une douleur réveillée par une traction exercée sur les racines et non par l'élongation du nerf (Thurel). Il est le témoin d'une irritation radiculaire, mais ne permet pas de localisation précise.

c) *Les points de Valleix.* — La pression exercée sur le trajet du nerf sciatique peut révéler certains points douloureux. En réalité, il ne s'agit pas d'une sensibilité propre du nerf, mais des tissus environnants, sièges d'une hyperalgésie en rapport avec une hyperexcitabilité du sympathique périsciatique. Ce signe, retrouvé dans 32 à 64 % des sciatiques, existe dans 5 cas de récidives, soit 42 %. Ce signe n'a pas non plus de valeur localisatrice.

d) *Troubles de la sensibilité superficielle.* — L'exploration de la sensibilité superficielle, soit au tact, soit à la piqûre, permet de mettre en évidence des troubles soit d'hypoesthésie, de beaucoup les plus fréquents, soit d'hyperesthésie, beaucoup plus rares.

Ces troubles sensitifs objectifs peuvent se localiser en deux territoires : territoire de la racine L_5, territoire sacré S_1. On note une hypoesthésie L_5 dans les observations V, VI et IX. De l'hypoesthésie S_1 dans trois cas : VIII, XIII (S_1) et VII (S_2). On ne trouve de l'hyperesthésie que dans un cas (VII).

D. — Signes rachidiens.

Nous en étudierons trois séries : les scolioses, les raideurs lombaires et les points douloureux paravertébraux.

a) *Les scolioses.* — Nous trouvons chez 5 malades une scoliose lombaire. Dans les observations VI et IX, il ne nous a pas été possible de retrouver le sens de la courbure. Dans l'observation V, il s'agit d'une scoliose homologue (convexité du côté sain), scoliose droite avec sciatique gauche. De même dans l'observation XV, scoliose homologue, scoliose gauche avec sciatique droite. Au contraire, dans l'observation XII,

il s'agit d'une scoliose croisée (convexité du côté malade), scoliose gauche et sciatique gauche.

Sur les 5 scolioses, 4 correspondent à des sciatiques gauches (VI, IX, V, XII), une seule à une sciatique droite, ce qui correspond sensiblement aux fréquences relatives des atteintes droite et gauche.

b) *La raideur du rachis.* — La mobilisation du rachis lombaire fait apparaître soit une mobilité normale, soit une limitation des mouvements, soit une raideur complète.

Dans nos récidives : dans 6 cas, soit 50 %, le rachis est normal quant à sa mobilité. Dans 6 observations, on note une raideur lombaire plus ou moins marquée (V, VIII, IX, X, XI, XIV) due à la contracture des masses sacro-lombaires. Quand cette raideur est marquée, l'immobilité du segment lombaire est totale. Quand les mouvements sont possibles, on recherche la limitation des mouvements de flexion antérieure et latérale et les mouvements d'hyperextension. En règle générale, c'est la tentative d'inclinaison du rachis lombaire du côté malade qui est la plus douloureuse (Petit-Dutaillis). C'est ce que confirment certaines observations, par exemple dans l'observation X : sciatique droite et inclinaison droite limitée. C'est la manifestation d'une contracture antalgique.

c) *Les points douloureux paravertébraux.* — Nous n'en trouvons que dans 2 observations (IX et X), soit que les observations ne les mentionnent pas, soit qu'ils aient été véritablement absents dans les autres cas. Dans les sciatiques, on le trouve dans 33 % des cas, d'après Petit-Dutaillis. Il correspond à la pression de la gouttière latérale du rachis à 2 cm. en dehors de la ligne des apophyses épineuses.

E. — **Signes neurologiques (autres que les signes sensitifs).**

Nous étudierons successivement les troubles moteurs, les réflexes et les troubles sphinctériens. Les réflexes constituent

la seule partie importante de ce paragraphe, laissant loin derrière les autres facteurs, que nous ne citons presque que pour être à peu près complet.

a) *Les troubles moteurs.* — En règle générale, la sciatique ne comporte pas de troubles moteurs. S'il y a rarement paralysie complète, on peut toutefois noter dans les sciatiques un léger déficit pyramidal dans 16 % des cas (H. Pouyanne) et parfois une paralysie du sciatique poplité externe. Dans les récidives, les signes de Barré et de Grasset-Gaussel n'ont jamais été notés.

Dans une observation (VII), nous avons une hypotonie légère des muscles fessiers, se traduisant par un abaissement du pli fessier du côté correspondant, accompagnée d'une hypotonie de tous les muscles de la face postérieure de la cuisse et de la jambe.

Dans 4 observations, nous observons des atrophies :

— atrophie des muscles fessiers (XI et XIII);
— atrophie du quadriceps et des muscles postérieurs de la cuisse (XIII);
— atrophie des muscles du mollet (XII, XIII, XVI).

b) *Troubles des réflexes.* — Les auteurs attachent une grande importance à l'étude des réflexes du membre inférieurs : les réflexes achilléen et rotulien. C'est surtout l'étude du réflexe achilléen qui est démonstrative; en effet, ce réflexe semble sous la dépendance de la seule racine S_1. Cependant, cette localisation n'est pas absolue, et il y a quelques exceptions à cette règle.

Nous n'avons trouvé une modification du réflexe rotulien que dans un cas (VIII) : diminution légère de ce réflexe. Il n'y a pas de modification dans le sens d'une augmentation. Ce réflexe est normal dans les 11 autres cas.

Il n'en est pas ainsi pour le réflexe achilléen, et ses variations sont très instructives : dans 8 observations, achilléen normal. Dans 7 cas, il s'agissait de sciatique par hernie L_4-L_5, dans un cas de sciatique L_5-S_1.

Dans 4 cas, le réflexe achilléen est aboli :

Obs. VI : petite hernie L_5-S_1.

Obs. VIII : au cours de la première intervention, radicotomie L_4 pour hernie assez vague en L_4-L_5; avant la réintervention, abolition du réflexe achilléen, normal avant cette date; à l'intervention, on trouve les racines collées et la racine S_1 congestive est sectionnée.

Obs. XI : hernie L_5-S_1.

Obs. XIII : hernie L_4-L_5; mais à la réintervention on fait une radicotomie S_1.

Une observation est aussi très démonstrative, c'est l'observation XI : chez un malade dont les réflexes achilléens étaient normaux, une radicotomie S_1 entraîne l'abolition de ce réflexe.

Il semble donc que l'abolition du réflexe achilléen lors d'une récidive demande l'exploration de la racine S_1, qui peut être soit congestive et comprimée dans le trou de conjugaison, soit comprimée par une nouvelle hernie discale.

c) *Troubles sphinctériens.* — Leur absence est aussi de règle dans les sciatiques. Nous trouvons cependant un cas de constipation dans l'observation XI qui semble lié à la sciatique récidivée du malade; mais la douleur provoquée par les efforts de défécation peut expliquer la constipation sans qu'on ait à envisager un trouble sphinctérien.

Il n'y a pas eu de troubles urinaires.

CHAPITRE VI

ETUDE RADIOLOGIQUE

Les constatations radiologiques au cours des récidives sont rares. Il n'a été pratiqué d'exploration lipiodolée que dans un tiers des cas (4 obs.), alors que dans certaines séries de sciatiques elle fut pratiquée dans 90 % des cas. Si, dans ces sciatiques, le résultat des explorations ne fut pas toujours concordant avec les constatations cliniques, il n'en est pas ainsi pour les récidives, où, comme nous le verrons dans un instant, les résultats furent tous concordants.

En effet, dans les sciatiques, plusieurs faits furent mis en évidence (thèse Pouyanne) :

a) lipiodol positif, exploration chirurgicale négative (10 cas sur 69);

b) lipiodol négatif, intervention contre le lipiodol (9 cas sur 69);

c) contradiction de localisation entre le lipiodol et les constatations opératoires (5 cas sur 69);

d) intervention sans lipiodol (6 cas sur 69),

les éléments cliniques étant incontestables et permettant une localisation suffisante.

Cette étude permet de n'attacher au lipiodol qu'une importance relative. Quand les éléments cliniques sont suffisants pour faire un diagnostic précis, il vaut mieux s'abstenir d'une exploration qui n'est pas absolument bénigne, comme nous l'avons déjà signalé.

Dans les récidives, nous avons les 4 cas suivants :

Obs. V : sciatique gauche. Hernie discale gauche en L_4-L_5, extirpée lors de la première intervention.

Lipiodol : nouveau défect typique à gauche au même niveau.

Constatations opératoires concordantes : hernie discale récidivée *in situ*.

Obs. IX : sciatique gauche. Hernie discale gauche L_4-L_5. Extirpée à la première intervention.

Lipiodol : défect typique L_4-L_5 à gauche.

Intervention : racine soulevée par une masse inextirpable, mais au niveau indiqué par le lipiodol.

Obs. X : sciatique droite. Hernie discale L_4-L_5 droite, extirpée à l'intervention.

Lipiodol : hernie discale L_4-L_5 droite.

Intervention : hernie discale L_4-L_5 droite, à la même place et aussi volumineuse.

Obs. XV : sciatique gauche. Hernie discale gauche L_4-L_5. Extirpée à l'opération.

Lipiodol : gros défect en L_3-L_4, donc à un niveau supérieur.

Intervention : grosse hernie discale L_3-L_4, inextirpée.

Donc quatre résultats absolument concordants. Mais seul le lipiodol de l'observation XV apporte un élément nouveau, en permettant de découvrir une hernie à un niveau différent de la première. Dans ce cas, l'histoire et la clinique ne permettaient pas de faire ce diagnostic.

La radiographie simple a permis de mettre en évidence un spina-bifida occulta dans l'observation X et de préciser le niveau de la laminectomie dans l'observation IV. Il n'en a pas été pratiqué d'autres.

CHAPITRE VII

TRAITEMENT DES RECIDIVES

Après avoir examiné les données étiologiques, cliniques et radiologiques des récidives, nous allons maintenant étudier les diverses thérapeutiques mises en œuvre dans ces cas.

Nous passerons en revue successivement les traitements médicaux et orthopédiques, les indications opératoires, les réinterventions. Ces dernières, étudiées du double point de vue des constatations opératoires et des sanctions thérapeutiques.

I. — Traitement médical et orthopédique.

Nous avons vu dans le chapitre II que ces traitements se sont révélés efficaces dans les cas de récidives frustes. Sur 4 cas, deux ont été guéris par un corset plâtré, un par une séance de rayons X.

Dans les récidives sévères, les résultats ne sont pas aussi efficaces. Un seul cas de traitement par rœntgenthérapie : une petite crise de sciatique calmée au bout d'un mois après 7 séances de rayons X (XII), mais nouvelle rechute quelques mois après.

Pas d'aggravation des douleurs par ce traitement, ce qui se voit parfois dans les sciatiques non opérées.

Un cas d'amélioration temporaire de trois ans par le seul traitement médical : naïodine, supposédol (XIII), mais nouvelle récidive après ce traitement.

Les résultats du traitement orthopédique (corset plâtré) sont aussi décevants :

Obs. V : échec d'un corset plâtré laissé 7 jours. Aucune amélioration des douleurs.

Obs. VIII : échec d'un corset plâtré laissé un mois. Le malade se décide à la réintervention au bout de 2 mois.

Obs. VI : échec d'un corselet plâtré enlevé au bout de quelques jours.

Obs. XI : échec d'un corset plâtré. Aucune amélioration de l'état du malade. Réintervention au bout de 10 jours.

Obs. XIV : corset plâtré pour douleurs lombaires porté un mois. Récidive de sciatique au bout d'un mois.

Obs. XV : corset plâtré pour poussée de sciatique post-opératoire. Amélioration de l'état du malade. Dans les mois qui suivent, poussées de lumbago puis récidive de la sciatique.

Dans les récidives sévères, on ne note donc qu'une amélioration passagère sur les 6 cas où un corset fut appliqué. Cette thérapeutique doit cependant être tentée dans certains cas. Si les indications opératoires ne sont pas formelles, cette tentative est justifiée. Elle permet, en cas d'échec, toute autre tentative, en particulier opératoire. S'il ne s'agit que d'une poussée atténuée, sans récidive de hernie discale, elle peut être efficace.

II. — Les indications opératoires.

En face d'une sciatique récidivée, doit-on ou ne doit-on pas réintervenir ? Quels sont les critères qui permettront de poser l'indication opératoire ? Le seul fait de la récidive n'est pas une indication absolue, puisque nous avons vu des récidives frustes guérir, soit spontanément, soit après traitement médical ou orthopédique. Les caractères cliniques objectifs ne permettent pas d'autre part de toujours juger du caractère bénin ou grave de la récidive.

Il va sans dire que l'échec des traitements non chirurgicaux et la persistance des symptômes douloureux est une indication opératoire, à la condition que l'opération soit acceptée par le malade. Et par ce point nous rejoignons les

constatations présentées par le Docteur H. Pouyanne dans sa thèse, à savoir que « c'est le malade qui pose lui-même l'indication opératoire, soit qu'il souffre trop, soit qu'il en ait assez de souffrir ».

A vrai dire, dans le cas des récidives, l'indication opératoire est malgré tout plus facile que dans les sciatiques primitives. Une récidive sévère d'emblée, des douleurs tenaces et importantes, du même type que lors de la première atteinte, permettent de proposer d'emblée une intervention. Un cas très démonstratif est fourni par l'observation X : le 6e jour après l'intervention, un violent effort d'éternuement détermine une violente récidive de sciatique homolatérale hyperalgique. Un lipiodol montre la même image. L'indication opératoire est formelle.

Dans d'autres observations, c'est le caractère tenace, rebelle et récidivant des douleurs qui impose l'opération au malade. Comme par exemple dans les observations V, IX, XI, XII, XVI.

Dans certains cas, c'est la violence de la douleur : nous avons déjà vu l'observation X, nous pouvons aussi noter les observations XIII, XIV et XV.

Dans l'observation VIII, en plus de la reprise des douleurs, on note une aggravation des signes objectifs : une diminution du réflexe rotulien gauche et une abolition du réflexe achilléen du même côté, qui traduit d'ailleurs une atteinte de la racine S_1.

Donc, en résumé, l'intensité des douleurs, leur caractère rebelle, le fait qu'elles arrivent à créer chez le malade une certaine névrose, permettent de poser une indication opératoire formelle, même en l'absence de constatations objectives et avant l'échec de tout traitement non opératoire.

Il reste entendu que le moral du malade compte pour beaucoup dans l'indication : certains, frappés du soulagement immédiat procuré par une première intervention dont ils n'ont pas gardé mauvais souvenir, demandent eux-mêmes la réintervention, ou, en tout cas, l'acceptent volontiers. Mais

il est possible aussi que d'autres malades, moins bien disposés à envisager cette idée, cherchent ailleurs le soulagement qu'ils ne veulent plus demander à la chirurgie dont ils pensent constater la faillite dans leur cas. Le chirurgien voit venir à lui les échecs des autres méthodes de traitement, le phénomène inverse doit certainement se produire.

III. — Les réinterventions.

Nous n'insisterons pas sur les temps préparatoires à l'intervention, qui ne présentent aucune caractéristique spéciale. Signalons cependant l'emploi presque exclusif de l'anesthésie locale par infiltration à la novocaïne accompagnée d'un anesthésique de base du type scophédal. Quelques anesthésies par le nesdonal discontinu intraveineux. L'anesthésie à l'éther est pratiquement abandonnée pour ce type d'intervention.

L'incision est faite au niveau de la première cicatrice; dans un cas on trouve un bloc d'ossification cicatricielle (V).

La laminectomie est parfois suffisante, parfois élargie au cours de la réintervention. A elle seule, elle ne peut jamais constituer le temps principal de l'opération; il est toujours nécessaire de la compléter soit par l'ablation de la hernie, soit par une radicotomie, si l'exérèse est impossible.

La résection du ligament jaune toujours plus ou moins hypertrophié rentre aussi dans les temps préparatoires à l'intervention. Parfois son ablation suffit à laisser le passage jusqu'à la hernie.

Quoi qu'il en soit, nous allons examiner surtout les réinterventions au point de vue des constatations opératoires et au point de vue de la sanction thérapeutique elle-même.

1° Constatations opératoires.

Plusieurs cas se sont présentés au cours des réinterventions. Toutes les récidives de sciatique ne furent pas déterminées par une récidive *in situ* de la hernie discale. Nous

mettons tout de suite de côté le cas où la hernie intéresse un disque différent : comme dans l'observation XV, où la hernie est au disque supérieur.

Dans un premier groupe d'observations, la hernie discale est **récidivée sur place** : même disque, même latéralisation. Ce sont les observations V, X, XI, VII, IX, soit 42 % des cas. Il s'agit d'une hernie incontestable (les pourcentages sont calculés sur 11 cas seulement).

Dans un deuxième groupe, il s'agit d'une hernie discale du même disque, mais **du côté opposé**, donnant une symptomatologie de sciatique contro-latérale : obs. XIII et XIV, soit 17 %.

Le pourcentage total de **récidive de hernie** *in situ* ou contro-latéral est donc de 66 %, soit des deux tiers.

Dans un troisième groupe, malgré une exploration minutieuse du disque, il n'a **pas été possible de découvrir de hernie.** On trouve le plus souvent une racine congestive, œdématiée, soit du fait d'une arachnoïdite, soit du fait d'une compression au niveau du trou de conjugaison. L'anesthésie locale permet au malade de dire si sa douleur est semblable à celle causée par une manipulation prudente de cette racine. On détermine ainsi la racine en cause et on peut la sectionner. Dans les observations VI, VIII, IX, il s'agit d'une racine du même côté; dans les observations XII et XVI, d'une racine du côté opposé.

2° Sanctions thérapeutiques.

Il nous reste maintenant à étudier quelles furent les sanctions thérapeutiques apportées à ces récidives. Elles furent de plusieurs types : ablation de la hernie, ablation accompagnée de radicotomie, radicotomie seule, élargissement du trou de conjugaison, abstention.

Ablation de la hernie discale. — Elle a été possible dans 5 interventions (V, VII, X, XI, XIII) sur les 7 cas où il y a eu récidive de hernie. Dans les observations XIV, XV et

IX, la hernie était trop profonde ou inabordable et elle a dû être laissée en place. Nous étudierons plus loin les résultats obtenus.

La voie trans-durale a été utilisée deux fois (V et XIII). Nous avons vu que cette voie ne donnait pas un jour aussi important que la voie extra-durale, qui fut utilisée trois fois (VII, X, XI). Ces deux voies ont cependant permis une extirpation totale des hernies en un ou plusieurs fragments et la révision de la cavité discale.

Dans 3 cas, cette ablation fut accompagnée d'une radicotomie, indiquée par suite de l'état congestif de la racine.

Radicotomie seule. — Elle fut le temps opératoire principal dans 5 interventions. La racine en cause est repérée comme nous l'avons indiqué plus haut.

Dans 2 cas, la hernie était inextirpable (IX et XIV).

Dans 3 cas, il n'y avait pas de hernie, mais la racine était congestive et collée par des tractus d'arachnoïdite (VIII), soulevée et étranglée par un disque baveur (XII), congestive et étranglée au niveau du trou de conjugaison (XVI).

Elargissement du trou de conjugaison. — A été la seule intervention dans un cas (VI), la radicotomie ne paraissant pas utile dans ce cas.

Enfin, dans une observation (XV), il n'y a pas eu de complément à la laminectomie. La radicotomie ne paraissant pas indiquée, la hernie étant inextirpable, la racine d'aspect normal.

En résumé :

5 radicotomies;
5 ablations de hernie;
1 élargissement du trou de conjugaison;
1 abstention.

CHAPITRE VIII

LES RESULTATS.

Dans les 12 interventions pratiquées, il n'y a pas eu d'incidents opératoires.

Suites opératoires immédiates.

Les suites immédiates ont été bonnes et même excellentes dans 10 observations. Il n'y a eu à noter qu'un léger écoulement de liquide céphalo-rachidien dans un cas et un kyste dans un autre. Tout est d'ailleurs rentré dans l'ordre rapidement.

Résultats immédiats et précoces.

Chez tous les malades, les douleurs ont disparu immédiatement. Il y a eu une petite reprise de sciatique chez le malade de l'observation XV qui n'a pas duré.

La radicotomie S_1 a entraîné une hypoesthésie et un engourdissement dans son territoire dans le cas XII. Une légère constipation a persisté quelques jours aussi.

Au point de vue réflexes : abolition persistante du réflexe rotulien d'un côté (VI). Abolition persistante du réflexe achilléen chez deux malades (X et XII : chez ce dernier malade, radicotomie S_1 ayant entraîné l'abolition de l'achilléen normal avant l'intervention).

La raideur lombaire a persisté dans un cas (VI).

Une scoliose passagère est à noter chez le malade de l'observation XV. Elle a disparu au bout d'un mois, en même temps que les douleurs.

Résultats éloignés.

Nous ne possédons pas de renseignements suffisants sur beaucoup de malades pour donner des résultats précis. D'autre part, certaines réinterventions sont encore récentes et nous ne savons pas quel sera le devenir de ces malades.

Les quelques résultats éloignés que nous avons sont très encourageants. On ne note aucune sur-récidive.

Très bons résultats au bout de :

trois ans : obs. V;
deux ans : obs. VII;
six mois : obs. X, XII, VI.

Il faut noter que ces résultats ne portent pas seulement sur des cas où la hernie discale fut extirpée, mais aussi sur de simples radicotomies.

CHAPITRE IX

LE PROBLEME DES SCIATIQUES RECIDIVEES

Après cet exposé, le problème des sciatiques récidivées se pose donc. A l'aide des particularités que nous avons signalées au cours de cette étude, nous allons maintenant essayer de le préciser et de le résoudre dans la mesure du possible.

Les données anatomiques éclairent nettement une partie des cas étudiés. Il s'agit des deux tiers des cas dans lesquels on trouve à la réintervention une hernie discale récidivée sur place, soit du même côté, soit du côté opposé. L'étude anatomique des hernies montre en effet que, dans la plupart des cas, la hernie n'est constituée que par un fragment pédiculé du nucléus, une partie importante de celui-ci, sinon la plus grande partie, restant adhérente, et quelquefois très fortement, aux parois de la cavité discale. L'isthme réunissant les deux parties est fragile et de peu d'importance. Au cours de l'extraction de la hernie, il se rompt, laissant une partie du nucléus en place. Une observation est très démonstrative à cet égard. Nous l'avons déjà signalé en cours d'exposé. Il s'agit de la récidive survenue le 6e jour après l'intervention, à la suite d'un effort violent d'éternuement. La réintervention permit de découvrir une énorme hernie récidivée sur place.

Le même processus permet d'expliquer les autres cas de récidive de hernie, qu'elle apparaisse du même côté ou du côté opposé au niveau du même disque.

L'expulsion et la protusion de la deuxième partie du nucléus s'explique de la même façon que pour la première hernie. Le nucléus qui joue physiologiquement le rôle d'axe-

rotule est expulsé en avant par des mouvements de flexion ou d'extension forcée du segment lombaire du rachis, et il passe d'autant plus facilement que le ligament vertébral postérieur a été incisé en croix pour l'extirpation du premier fragment.

Les récidives s'expliquent encore facilement dans le cas d'arachnoïdite et de formation de tractus enserrant la racine.

Certains cas sont encore expliqués par la présence d'un disque « baveur », véritable altération du disque sans que l'on puisse mettre en évidence de hernie caractérisée.

La pathogénie de certaines récidives est beaucoup plus complexe et assez confuse. Le trou de conjugaison semble jouer un certain rôle dans ces cas. Mais nous avons vu que l'aspect de la racine peut être absolument normal et l'exploration absolument négative.

Quoi qu'il en soit du mécanisme pathogénique des récidives, peut-on les éviter ?

La technique opératoire doit être précise et l'exploration et la révision du disque soigneuses. On ne doit pas se contenter de l'extirpation du seul fragment apparent. La voie extradurale semble recommandée.

La radicotomie peut-elle empêcher les récidives ? Nous avons vu que, pour être logique, la radicotomie devrait être bilatérale, puisqu'il y a une certaine proportion de récidives contro-latérales. En réalité, il ne semble pas que la fréquence des récidives justifie cette radicotomie systématique. Elle doit être réservée aux cas bien définis que nous avons déjà vus.

Le problème thérapeutique des récidives n'est pas uniquement chirurgical. Nous avons vu que certaines récidives frustes étaient justiciables d'un traitement orthopédique et que celui-ci devait être aussi tenté quand l'indication opératoire n'est pas formelle.

Il ne faut pas, à notre avis, par crainte d'une récidive somme toute assez peu fréquente, se laisser entraîner à faire *systématiquement* soit des interventions très larges, soit des

compléments opératoires importants (fusions ou greffes), soit des radicotomies, soit des tentatives laborieuses et condamnées à rester presque toujours incomplètes d'extirpation totale du disque. *Sauf indication particulière*, il vaut mieux pratiquer une intervention minime (ablation extra-durale de la hernie), en acceptant le petit risque d'une récidive contre laquelle nous restons bien armés, que de faire toujours et à tout prix une intervention à prétention absolument radicale, mais plus risquée.

CONCLUSIONS

De l'étude des sciatiques récidivées qui précède, il semble donc que nous pouvons tirer les conclusions suivantes :

I. — En face d'un cas donné, il est impossible de prévoir s'il y aura ou non récidive. La statistique générale montre que le pourcentage en est très faible (4 %).

II. — Par une technique opératoire précise, il semble possible d'éviter au maximum les possibilités de récidives. Cette technique devra comprendre les temps suivants :

— laminectomie large, si elle est jugée nécessaire, pour donner un jour suffisant;

— utiliser au maximum la voie extradurale, qui permet un accès plus facile de la hernie latérale;

— la plupart des hernies étant pédiculées, compléter l'extirpation des fragments apparents par une exploration et un curetage de la cavité discale;

— cette exploration de la cavité est d'autant plus nécessaire du fait qu'à l'heure actuelle le diagnostic et l'indication opératoire sont posés plus précocement. La hernie n'est alors pas entièrement « mûre » et détachée;

— la radicotomie ne sera pas systématique. Elle sera réservée aux cas douteux, aux disques « baveurs », ou aux explorations négatives, si la racine paraît congestive. Enfin, elle est nécessaire dans certains cas d'abord de la hernie par

voie transdurale pour permettre une extirpation plus facile de la hernie.

III. — Les réinterventions pour récidives doivent obéir aux mêmes principes.

IV. — Comme pour les sciatiques primitives, c'est encore le malade qui posera l'indication opératoire la plus formelle.

SERMENT

En présence des Maîtres de cette Ecole et de mes condisciples, je promets et je jure d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité dans l'exercice de la Médecine.

Je donnerai mes soins à l'indigent et n'exigerai jamais un salaire au-dessus de mon travail. Admis dans l'intérieur des maisons, mes yeux ne verront pas ce qui s'y passe, ma langue taira les secrets qui me seront confiés, et mon état ne servira pas à corrompre les mœurs ni à favoriser le crime.

Reconnaissant envers mes Maîtres, je tiendrai leurs enfants et ceux de mes confrères pour des frères, et, s'ils devaient apprendre la médecine ou recourir à mes soins, je les instruirais et les soignerais sans salaire ni engagement.

Si je remplis ce serment sans l'enfreindre, qu'il me soit donné de jouir heureusement de la vie et de ma profession, honoré à jamais parmi les hommes, et, si je viole et que je me parjure, puissé-je avoir un sort contraire.

Vu : *Le Doyen*,

R. DUPÉRIÉ.

Vu, bon a imprimer :

Le Président,

F. PAPIN.

Vu et permis d'imprimer :

Bordeaux, le 7 juillet 1948.

Le Recteur de l'Académie,

A. MARCHAUD

BIBLIOGRAPHIE

Nos recherches dans la littérature médicale tant française qu'étrangère ont été pratiquement négatives. Si les sciatiques chirurgicales ont fait l'objet de très nombreuses publications et communications, par contre les auteurs sont très discrets sur le chapitre des récidives.

Nous ne citerons donc que les auteurs qui font état des récidives dans leurs publications.

En France :

Petit-Dutaillis et de Sèze. — Sciatiques et lombalgies par hernie postérieure des disques intervertébraux. Masson, 1945.

(Une seule récidive contro-latérale, 4 ans après la première intervention.)

Petit-Dutaillis et Pertuiset. — Le choix de la meilleure méthode opératoire dans les sciatiques d'origine discale, d'après l'étude des résultats éloignés. *Acad. de chir.*, t. 73, n° 18-19, 28 mai 1947, p. 396.

(7 récidives sur 250 cas, sans précisions.)

Alajouanine et Thurel. — Nouvelle contribution à l'étude de la sciatique chirurgicale (500 cas). *Semaine des Hôpitaux*, n° 46, 14 décembre 1947.

(Deux ablations de H. D. sans résultat. Réintervention. Pas de récidive de H. D., racines œdématiées. Radicotomie. De 10 à 15 jours après la première intervention.)

A l'étranger :

Sten Friberg et Carl Hirsch. — Résultats éloignés du traitement

opératoire de la hernie discale. *Acta chirurgica scandinavica*, vol. 93, fasc. 2-5, mars 1946.

(Persistance de phénomènes douloureux. Pas de précisions sur les récidives.)

Love (J. G.) et Camp (J. D.). — Diagnostic et traitement chirurgical des hernies du disque intervertébral. *Journ. of Bone and Joint Surgery*, t. 19, 1937, p. 776.

(Un cas de récidive d'Adson. En réalité, il ne s'agissait pas d'une véritable récidive, mais d'un complément d'intervention.)

Il ne nous a pas été possible de consulter les travaux originaux d'Adson (A. W.).

Nous n'avons pas pu consulter non plus les derniers travaux de Love. Dans les analyses de ceux-ci, il n'est pas question de récidive.

24760 . — Imprimeries Delmas, Bordeaux (31.0192). — 1948.